



Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne

Matilde Alonso Pérez

► To cite this version:

Matilde Alonso Pérez. Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne. Les mots de la santé, Presses Universitaires de Lyon, pp.85-119, 2005. halshs-00542154

HAL Id: halshs-00542154

<https://shs.hal.science/halshs-00542154>

Submitted on 1 Dec 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Espagne

Matilde Alonso
Matilde.Alonso@univ-lyon2.fr
Université Lyon 2

1. INTRODUCTION ET CONCLUSION

Les habitants de l'Europe occidentale n'ont jamais vécu aussi longtemps qu'aujourd'hui en partie grâce aux améliorations dans le domaine de la santé. Cependant, les systèmes de santé subissent des problèmes liés à l'accroissement de dépenses qui nécessitent des réformes urgentes. En effet, depuis le milieu des années 70, l'ensemble des pays européens se sont retrouvés confrontés à une même problématique : financer un domaine d'intervention sociale fortement inflationniste dans une période de croissance économique ralentie.

Dès lors, la majorité de pays a développé des politiques tendant à réduire le rythme d'évolution des dépenses de santé. Si les mesures prises présentent des convergences, elles varient toutefois en fonction des contextes institutionnel, social et culturel.

Ces réformes visent la recherche d'une plus grande rationalité des activités sanitaires. De ce côté, les pays européens ont commencé à adopter un ensemble de stratégies visant à améliorer le rapport coût/efficacité dans le domaine de la prestation des services de santé. Il s'agit notamment d'instaurer une couverture de soins minimale, de décentraliser la gestion des prestataires, d'adopter des mécanismes de marché, de restructurer les services hospitaliers en favorisant une plus grande flexibilité des rôles entre les différents niveaux de soins, de renforcer les services de soins de santé primaires, d'accroître la capacité de choix des patients et d'améliorer les résultats grâce à des stratégies d'évaluation des technologies et à l'amélioration de la qualité. Ainsi, un exemple spécifique de ces changements est l'adoption d'indicateurs de performance au Royaume-Uni ou l'intégration d'objectifs de santé et d'indicateurs de qualité à des contrats en Espagne.

Au-delà de la rationalité et de l'efficacité, se pose le problème de l'équité de la répartition de la charge du financement sur la population où s'intègre le principe que la nécessité de payer les soins ne doit pas appauvrir les familles, et de l'équité de l'accès aux soins et de l'utilisation efficace des ressources. Tous les pays européens sont soucieux d'assurer des niveaux élevés de solidarité dans le financement des systèmes de santé et un accès universel aux services de santé¹. Cependant, dans les pays dont le système est financé par les cotisations obligatoires aux caisses d'assurance maladie, les réformes du financement des systèmes de santé prévoient l'introduction de la

¹ La Suisse et la France, par exemple (en 1996 et 2000, respectivement), ont promulgué une loi instaurant une couverture maladie universelle. C'est pour l'essentiel le cas dans la plupart des pays en Europe occidentale.

concurrence sans vouloir renoncer aux niveaux d'équité atteints. Le cas de l'Allemagne qui est parmi les pays ayant instauré ce principe, prouve que l'équilibre entre l'équité et la concurrence ne semble pas facile à trouver. Il est difficile de moduler le montant de sommes versées par les caisses en concurrence de telle sorte que les rentrées perçues par ces caisses couvrent les coûts que leurs assurés sont susceptibles de générer en termes de soins de santé (prise en compte du risque), et les formules existantes à cet effet sont imparfaites. Les assureurs sont toujours enclins à sélectionner les risques les moins désavantageux, ce qui entraîne un manque d'équité entre les groupes. Même s'il est possible de compenser ce manque d'équité à l'aide d'autres méthodes, l'introduction de l'économie de marché dans le financement des soins de santé est une entreprise périlleuse (OMS, 2002).

Une autre tendance qu'on observe dans les réformes des systèmes de santé est l'adoption de la stratégie d'achat comme moyen d'allouer des ressources aux prestataires pour améliorer autant que possible les niveaux sanitaires et la performance des systèmes de santé. Dans les pays dotés d'un service national de santé comme le Royaume-Uni, cette méthode implique la séparation des fonctions de prestataire et d'acheteur. Dans les dotés d'un système d'assurance maladie, comme l'Allemagne, les différents organismes d'assurance maladie voudraient ne plus se borner à rembourser les dépenses au titre de services, mais acheter eux-mêmes les services et sélectionner les prestataires en fonction de leurs performances en termes rapport coût/bénéfice. Les contrats comme le paiements en fonction de la performance deviennent pour les acheteurs des moyens d'influencer le comportement des prestataires.

Les spécificités et les convergences des réformes des systèmes de santé est le sujet de cet article qui étudie particulièrement trois pays : Allemagne, Espagne et Royaume-Uni.

2. LES GRANDS SYSTÈMES DE SANTÉ

L'État-providence européen a toujours été caractérisé pour être le plus précoce, le plus efficace et le plus généreux en matière de protection de protection. Les premiers systèmes de santé cohérents apparaissent en Allemagne au cours de 1880 et en Angleterre en 1910. Dès 1970, la plupart des Européens bénéficient de l'État-providence, contre 60% des Américains, 70% des Japonais ou des Canadiens. Les citoyens les mieux protégés hors d'Europe (Canadiens et Australiens) se contentaient à cette époque du niveau de couverture des moins bien protégés parmi les Européens.

De cette longue histoire émergent trois systèmes de santé fondés sur des philosophies différentes : en Europe, les systèmes professionnels dits « de Bismarck » et les systèmes universels dits « de Beveridge », du nom de leurs inspirateurs, et le système libéral américain. Aucun système ne se trouve à l'état pur, mais des variantes existent dans toutes les zones du monde.

1) Les **systèmes nationaux de santé** découlent de la philosophie de Beveridge. Trois quarts des pays européens ont adopté ce système : le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Islande, tous les pays du nord (Suède, Norvège, Finlande, Danemark) et tous les pays du sud sauf la France (l'Italie, l'Espagne, le Portugal, la Grèce). Le principe fondateur de ce système est i) l'universalité : tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, serait protégé contre tous les risques sociaux ; ii) l'unité : une administration unique serait chargée de gérer tous les risques ; iii) l'uniformité : chacun bénéficierait des aides en fonction de ses besoins, quel que soit son revenu.

Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.

Ce système reconnaît le droit à la santé de tous les citoyens. Il n'y a donc pas d'exclus. Le moyen de financement proviennent de l'impôt. Les médecins sont directement employés par le système national ou régional de santé, souvent payés à la capitation ou salariés et fonctionnaires. Ce système génère des listes d'attente, et pour répondre à la demande non satisfaite dans le secteur public, un système d'assurances privées dont l'importance sera proportionnelle aux difficultés de réponse du système public. La part du secteur privé reste cependant nettement inférieure à ce qu'elle représente dans les pays à assurance sociale. Le système national de santé peut mieux contrôler leurs dépenses que les autres systèmes.

2) Le **système professionnel de santé** découle de la philosophie de Bismarck. Un quart des pays européens ont adopté ce système : la Belgique, la France, les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Autriche. L'appartenance à une catégorie professionnelle pour bénéficier de la protection sociale maladie est obligatoire, cependant cette disposition s'est atténuée à partir des années 70.

Ce système génère des exclus à cause du chômage, des divorces... et l'État doit gérer leur prise en charge et organiser une voie de solidarité selon les principes du système de Beveridge. Le système d'assurance professionnel génère une médecine à plusieurs vitesses car les droits des différentes professions ne sont pas identiques. Ils tendent aussi à générer des déficits dans la mesure où le contrôle des dépenses y est moins rigoureux que dans le système national de santé.

3) La troisième forme d'organisation s'est implantée aux États-Unis ; elle ne comporte pas d'obligation d'assurance, de telle sorte que 15% de la population reste dépourvue de prise en charge. Le modèle américain est un système mixte qui combine des mesures d'assistance destinées aux familles défavorisées, prestations qui sont à la charge des dépenses publiques, et des mesures assuranciennes sous la forme des plans d'assurance santé proposés par les employeurs ou souscrits à titre individuel. Il s'agit d'un système qui impose de dépenses publiques élevées² et de primes d'assurance versées par les entreprises pour la santé de leur personnel qui pèsent sur leurs prix de revient.

Ce travail porte sur les systèmes de santé de trois pays européens : le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Espagne. Nous nous attarderons aux débouchées que chacun d'entre eux a données aux problématiques qui se sont présentées pendant les dernières décennies du XX^e siècle, surtout dans le domaine hospitalier. Pour atteindre cet objectif nous avons mené à bien une étude comparative du niveau des dépenses de santé et des systèmes de financement des soins de ces trois pays.

L'Espagne et le Royaume-Uni présentent des systèmes nationaux de santé et l'Allemagne un système professionnel. Néanmoins, le système de santé allemand a connu des adaptations suite à la réunification de l'Allemagne. L'alignement en 10 ans du système de santé de l'ex RDA sur celui de l'ex RFA a créé de fortes tensions financières sur le système de santé. La transition a été très coûteuse en investissements et en dépenses de fonctionnement.

La place accordée à la médecine préventive en Allemagne, de même qu'en Suisse, est plus importante que dans les pays latins. Les autorités sanitaires consacrent des moyens plus importants et continus à la prévention des accidents et des maladies. La

² En 2001, la part de la dépense nationale de santé dans les PIB est aux États-Unis de 13,9% (10,5% en Allemagne, 9% en France, 7,6% au Royaume Uni, 7,5% en Espagne).

mortalité et la morbidité d'origine accidentelle sont sensiblement plus élevées qu'en Angleterre ou en Suède, mais beaucoup moins lourdes qu'en France, en Italie ou en Espagne. L'incidence de l'alcoolisme, de la toxicomanie et du sida est également moins élevée que dans les pays latins. Mais c'est dans le domaine de la prévention des maladies cardio-vasculaires et des cancers que le système allemand assure le plus efficacement sa fonction de prévention. Malgré le coût élevé des campagnes de dépistage systématique, on repère et soigne le plus tôt possible les grandes maladies de dégénérescence et les pathologies invalidantes. La suppression des barrières d'accès permet au réseau de soins de première ligne de jouer une fonction de prévention qui peut limiter l'appel aux thérapeutiques lourdes de l'hôpital.

L'Allemagne a dû, cependant, faire face à une dérive des dépenses de santé car elle est peuplée aujourd'hui de plus de 80 millions d'habitants, avec un taux de chômage élevé et une croissance économique faible. L'objectif des réformes analysées dans ce travail consiste à chercher une phase de contrôle des dépenses de santé.

Par ailleurs, le modèle de santé anglais repose sur trois piliers : 1) la couverture universelle et gratuite, 2) la provision publique de biens, 3) le financement qui repose sur l'impôt. Cette organisation apparaît aussi en Espagne, Italie, les pays scandinaves, Australie, Canada, Nouvelle-Zélande.

Au Royaume-Uni, la santé reste la partie moins onéreuse de la protection sociale, elle n'absorbe que 20% des dépenses de la sécurité sociale. Le système de santé britannique a deux fois moins de médecins que la France et les Anglais dépensent deux fois moins par habitant. En contrepartie, l'abondance de soins et la richesse en équipements des établissements est très restreinte aujourd'hui.

Le système de santé anglais est souvent évoqué pour souligner des résultats sanitaires comparables à ceux des pays voisins en mobilisant deux fois moins de ressources. Le Royaume-Uni disposait de meilleurs indicateurs de santé que le continent. En 1950, la mortalité infantile était deux fois plus faible qu'en France ou au Japon ; l'espérance de vie était de 10 ans plus élevée qu'aux Etats-Unis. Le manque d'investissements des années 80 a provoqué un retournement de tendance et à la fin du XX^e siècle, les indicateurs de santé ont été dépassés par tous les pays de l'Europe occidentale.

Cependant, la politique de prévention du système de santé britannique reste très efficace et le Royaume-Uni rapporte de très bons indicateurs sanitaires, bien meilleurs que ses voisins européens pour les accidents de la route, la consommation d'alcool, la toxicomanie, le sida, le suicide, l'homicide, la mortalité maternelle...

Enfin, en Espagne comme au Royaume-Uni, on trouve un système universel de santé. Il a été mis en place en 1986 pour remplacer un système d'assistance gratuite et d'assurance maladie. Le système espagnol s'est inspiré du système de santé publique anglais. Les assurés sociaux bénéficient de la gratuité totale des soins dans le secteur public sauf pour les médicaments pour lesquels il existe un ticket modérateur. Cependant, le débours net des soins, y compris les médicaments, reste très faible pour les patients.

Les réformes du système de santé espagnol portent sur la décentralisation jugée positive pour les experts en termes de rapport coût-bénéfice et sur la maîtrise des dépenses de santé. En ce qui concerne la maîtrise de l'offre, cela concerne la capacité d'hébergement des hôpitaux, la durée des séjours et le nombre d'admission par habitant. Les patients accèdent aux techniques avancées bien qu'ils soient exposés à des files

d'attente dont les réformes se sont attaquées à raccourcir. Le nombre de consultations par habitant est plus faible qu'en France ou en Allemagne. La modération des prescriptions des médecins est moins facile et il existe un problème de surconsommation de médicaments et de faible représentation de génériques.

Le système de santé espagnol apparaît cependant très efficace. En effet, l'allocation de ressources à la santé est trois fois plus élevé aujourd'hui qu'en 1950, mais, dans le même temps, le taux de mortalité infantile a été divisé par dix-sept (progrès similaire à celui du Japon) et la population a été multiplié par 1,5. Sur une période plus courte, depuis 1985, les dépenses de santé ont augmenté deux fois plus vite qu'en France, mais à partir de la fin des années 90 elles se sont stabilisées (7,5% du PIB) et restent une des plus faibles du monde industrialisé. Les gains de survie des nourrissons ont été similaires à ceux de la France et la mortalité infantile (5‰) est proche des pays les plus avancés.

3. ANALYSE ET ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Dans tous les pays développés, les dépenses de santé représentent une part croissante du PIB, ce qui combiné avec le financement public d'une part importante de ces dépenses, peut poser à long terme un problème de soutenabilité économique. Voilà pourquoi beaucoup de pays ont mis en place de réformes afin de réduire le rythme de croissance de dépenses. Les dépenses de santé suivent, dans l'ensemble des pays, une tendance généralement au ralentissement de leur croissance. Ce ralentissement ne conduit toutefois qu'à une convergence partielle des taux de croissance et n'a pas entraîné une réduction significative des écarts de niveau de dépenses par habitant.

Dans les trois pays étudiés, les dépenses de santé ont augmenté, depuis 1970, plus rapidement que le PIB, mais elles ont tendance à décélérer. Ainsi, en Espagne et en France, la part de dépenses avait progressé de près de 2 points entre 1970 et 1980, elle ne s'accroît plus, de 1990 à 1999, que de 0,7 points en France, 0,5 points en Espagne. Le taux de croissance de dépenses de santé en volume diminue car la croissance avait été très rapide au cours des années 70. Au Royaume-Uni où la croissance était plus faible, le ralentissement est moins marqué. L'Allemagne constitue un cas à part du fait de sa réunification en 1989 qui s'est accompagnée d'une reprise de la croissance des dépenses de santé au cours des années 90, alors qu'elle avait fortement ralenti au cours des années 80.

On observe une certaine tendance à la convergence de taux de croissance du volume des dépenses de santé. La convergence des taux observée pendant les années 90 n'a en outre pas été différente de celle des années 70, alors que les années 80 se sont caractérisées par une augmentation des écarts de croissance.

Tableau 1 Dépenses de santé (% PIB) et taux de croissance des dépenses de santé en volume

	Allemagne	Espagne	Etats-Unis	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni
Part des dépenses de santé dans le PIB							
1970	6,3	3,6	6,9	5,7	5,1	7,2	4,5
1980	8,8	5,4	8,7	7,4	7,0	8,0	5,6
1990	8,7	6,6	11,9	8,6	8,0	8,5	6,0
1999	10,3	7,0	12,9	9,3	7,9	8,7	6,9

Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.

Taux de croissance annuels moyens des dépenses de santé en volume							
1970-80	5,6	7,4	4,9	7,6	6,4	1,6	5,6
1980-90	1,7	5,0	3,1	4,9	4,4	2,3	1,9
1990-99	6,4	4,0	3,1	2,8	1,4	2,9	2,8

Source : Bac et Cornilleau (2002), p 2.

4. LES DÉTERMINANTS DES DÉPENSES DE SANTÉ

Cette évolution des dépenses de santé résulte des modifications intervenues sur un certain nombre de facteurs. On distingue généralement les facteurs d'offre et ceux de demande, auxquels s'ajoutent des facteurs institutionnels.

4.1. Les facteurs d'offre

Certains facteurs sont dits d'offre dans la mesure où ils proviennent d'incitations qui s'exercent sur les prestataires plutôt que sur les consommateurs de soins de santé.

D'abord, il existe une augmentation de la demande induite par l'offre³. La demande induite peut être expliquée par l'asymétrie de l'information médicale dans la relation médecin-patient associée à la faible sensibilité des patients aux prix, en raison de la couverture maladie. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses de santé⁴. Deuxièmement, la diffusion du progrès technique a stimulé la demande dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif, mais cela peut aussi révéler une demande latente.

Un troisième facteur d'offre est le prix relatif des dépenses de santé. Du côté de la demande il faut tenir compte de la répercussion de la couverture de l'assuré et du côté de l'offre, le montant perçu par le prestataire pour un acte médical peut entraîner une élasticité négative. Cependant, les prestataires cherchent plutôt à garantir le maintien de leur revenu qu'à réaliser les bénéfices les plus grands.

4.2. Les facteurs de demande

Du côté des incitations qui s'exercent sur la demande de soins, le niveau de vie est le facteur explicatif principal. Puis la démographie et le prix des soins sont également importants.

Il existe un rapport très net entre le produit intérieur brut (PIB) par habitant et l'espérance de vie. Plus le PIB est faible, plus ce rapport est accentué. Dans les sociétés plus développées telles que celles de la Région européenne où les causes principales de mortalité et de morbidité sont les maladies non transmissibles, il apparaît nettement que la charge résultant de ces maladies est également liée à l'environnement social et de plus en plus d'éléments témoignent de la complexité de ce rapport⁵.

³ Cette hypothèse peut être vérifiée, par exemple, par le fait qu'en France de 1972 à 1994, le nombre de médecins en cabinet a augmenté de 113%, une augmentation largement supérieure à la croissance de la population (Bac et Balsan, 2001, p 7).

⁴ Ces effets d'induction sont plus forts dans les pays, comme la France, où les médecins sont rémunérés à l'acte et beaucoup moins dans les pays où les médecins sont salariés comme en Espagne ou au Royaume Uni.

⁵ Il existe généralement une corrélation entre la santé (mesurée en termes d'espérance de vie) et le revenu par habitant, mais cette règle connaît des exceptions. Selon l'OMS (2002) Dans certains pays pauvres, la situation sanitaire est relativement bonne, alors qu'il existe des pays riches dans lesquels elle est plutôt mauvaise. Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.

En résumé, un revenu élevé constitue un facteur positif pour la santé, mais en raison de l'influence d'autres facteurs, il arrive souvent que des gens aisés vivent moins longtemps que des personnes plus pauvres. Bien que le PIB par habitant ait une influence positive importante sur l'espérance de vie, cette influence se situe surtout au niveau de l'impact du PIB sur *a*) les revenus des populations pauvres et *b*) les dépenses publiques, notamment en matière de soins. La répartition et l'utilisation des richesses est donc déterminante à cet égard.

Il existe une forte corrélation positive entre le PIB par habitant et les dépenses de santé par habitant, avec une grande élasticité. La santé est un bien dont les dépenses en santé augmentent plus que proportionnellement au niveau de vie (Graphique 1)⁶. Avec l'augmentation des revenus, les consommateurs exigent davantage de soins de santé. Ainsi, dans les pays où la dépense de santé est élevée, la consommation supplémentaire ou marginale, améliore l'état de santé subjectif plus qu'il ne diminue les taux de morbidité. Le PIB est vraiment la variable explicative, loin devant les autres facteurs de demande (vieillesse de la population, effet prix...).

L'augmentation de la population est une cause directe et immédiate de la croissance des dépenses de santé : un pays dont la population augmente verra en effet s'accroître mécaniquement le nombre de personnes susceptibles de recevoir des soins. Mais, les dépenses de santé varient d'autre part selon les âges de la vie : relativement élevées à la naissance elles diminuent fortement pendant l'enfance, l'adolescence et la vie de jeune adulte avant d'accroître lentement à partir de 45-50 ans puis très rapidement après 65 ans. Le second facteur démographique explicatif de demande est le vieillissement de la population. Il influe de façon modérée mais positive sur les dépenses de santé⁷.

Le prix de soins constitue un autre facteur explicatif de demande. Cependant, ces prix ont un impact modéré sur les individus lesquels sont peu ou pas concernés. La dépense de santé est en général couverte par les systèmes de santé et les consommateurs ne sont pas confrontés aux prix réels des soins. Cet effet est parfois mesuré par

mauvaise. Cela est plus complexe encore lorsque l'on tient compte des écarts de revenus à l'intérieur des pays; dans certains pays riches, l'état de santé de groupes défavorisés est très inférieur à celui de populations vivant dans des pays sensiblement plus pauvres.

⁶ Le Graphique 1 trace la relation entre dépense de santé par habitant de 49 pays et leur PIB par tête.

Le coefficient de détermination est de 0,9410, c'est-à-dire pratiquement 94% de la variation totale des dépenses de santé par habitant est expliquée par la droite de régression. Moins de 6% de cas reste inexpliqué.

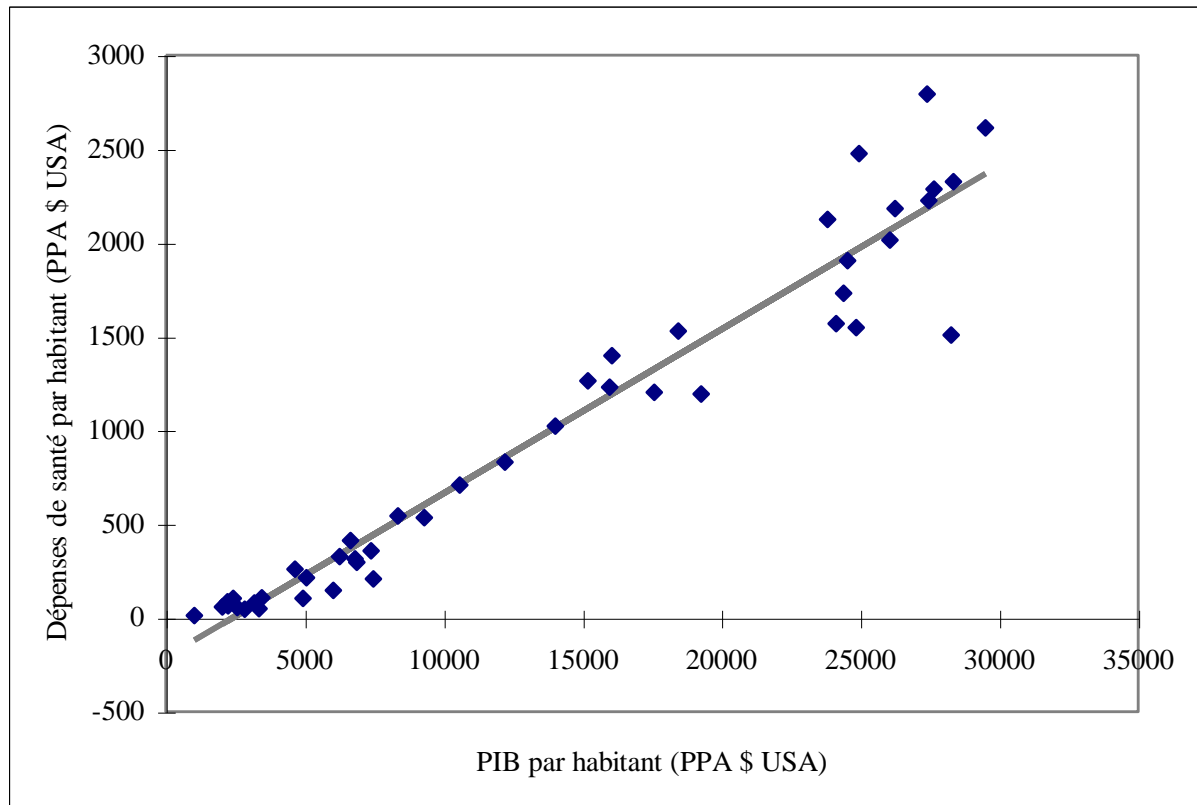
Les pays intéressés sont : Albanie, Allemagne, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Biélorussie, Belgique, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Malte, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République moldave, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkmenistan, Turquie, Ukraine (voir annexe).

⁷ D'après Bac et Cornilleau (2002, p 5), pour la France entre 1960 et 1990, l'effet de la démographie à la croissance des dépenses de santé est voisine de 1,1% par an dont 0,1% au titre du vieillissement. De 1990 à 1997, la contribution de la démographie reste de 1% par an mais avec une répartition à parts égales entre l'effet de la croissance générale de la population et celui du vieillissement. Au cours des années les plus récentes, la contribution estimée de la démographie est également très proche à 1% par an en Espagne, en France, en Italie et aux Pays-Bas, l'Espagne et l'Italie étant caractérisés par une très forte contribution du vieillissement (0,8% et 0,9% respectivement). En Allemagne, l'effet de la croissance démographique est de 0,8% dont 0,3% est dû à l'effet de l'âge. Au Royaume Uni, l'effet de la croissance démographique est 0,5% dont 0,2% est l'effet de l'âge.

Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.

l'ampleur de la couverture. Cependant, cela ne permet pas d'expliquer la croissance des dépenses des dernières années, car la prise en charge moyenne a tendance à diminuer. Par ailleurs, ce n'est pas le patient qui prend la plupart des décisions de consommation mais le corps médical⁸.

Graphique 1 Revenus et dépenses de santé (2001)



$$y = -209,98 + 0,087x$$

$$R^2 = 0,9410$$

$$N = 45$$

Source : OMS (2002) et Commission européenne (2003a).

4.3. Les facteurs institutionnels

L'explication de l'évolution des dépenses pourrait provenir de la prise en compte de facteurs institutionnels : nombre d'assurés, tarifs de soins pour les consommateurs... D'après Bac et Balsan (2001, p 10), la politique de maîtrise des dépenses de santé se traduit par un ralentissement transitoire de la croissance des dépenses dans le très court terme, ensuite par un effet de compensation, il n'y a pas d'effet au-delà de deux ans.

⁸ Néanmoins, l'augmentation des prix des actes médicaux peut entraîner une baisse du taux de croissance de la consommation. En 1959, le gouvernement français a diminué le tarif de l'acte de radiologie de 0,36 € à 0,24 €. Les radiologistes n'ont pas réduit leurs honoraires, le ticket modérateur a donc été relevé pour les usagers de 300%. Le triplement du prix a entraîné sur l'année une baisse de 5 à 10% du taux de croissance de la consommation. Ce qui implique une élasticité de la demande de 0,02 (Launois, 1992, p 7).

Dans les systèmes de santé libéraux, les mécanismes de maîtrise de dépenses sont compromis par de différentes raisons. Lorsque le ticket modérateur augmente, les médecins ne restent pas insensibles à la baisse de leur activité et ils accélèrent le rythme de surveillance de leurs patients. Lorsque les taux de prise en charge diminuent, les substitutions entre les formes de soins apparaissent. Le recours aux assurances complémentaires privées contribue à maintenir le niveau de consommation de soins (Launois, 1992, p 7).

5. RÉFORMES DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN ALLEMAGNE, ESPAGNE ET ROYAUME-UNI

En dépit de modes de financement très différents, les systèmes de santé européens connaissent une crise identique : un taux d'accroissement des dépenses de santé très supérieur à celui du PIB ; une charge de plus en plus lourde pour l'économie et les entreprises ; un déficit grandissant et une détérioration de la qualité des soins.

La nécessité d'une réforme apparaît clairement pour les experts comme pour les utilisateurs. Les experts s'accordent sur l'absence des stimulants financiers qui néglige l'efficacité. Les consommateurs ne souhaitent pas réduire l'étendue des soins couverts, bien au contraire⁹.

Depuis le milieu des années 70, l'ensemble des pays européens, bien que disposant de systèmes de santé et de protection sociale fondés sur des principes différents, se sont retrouvés confrontés à une même problématique : financer leur système de santé, un domaine d'intervention sociale fortement inflationniste et d'une forte consommation dans une période de croissance économique ralentie.

Dès lors la majorité de ces pays a développé des politiques tendant à réduire le rythme d'évolution des dépenses de santé. Si les mesures prises présentent des grandes lignes de convergence, elles varient en fonction des contextes institutionnel, social, économique et culturel. Jusqu'à la fin des années 80, les antagonismes entre préoccupations gestionnaires et nécessité d'une vision à long terme ont généralement freiné l'instauration et l'application de véritables réformes. La persistance de tendances en matière d'offre et de demande de soins, a incité la mise en marche de réformes de fond.

Au-delà de la rationalité des activités sanitaires et de la recherche de l'efficacité se pose le problème de l'équité, de la garantie d'un égal accès aux soins. Ce problème se présente avec d'autant plus de difficulté que le développement de nouvelles technologies et thérapies, très coûteuses se heurtent à des contraintes financières.

5.1. Réformes du système de santé allemand

Dans les systèmes articulés autour des caisses d'assurance maladie, les relations entre assurés, prestataires de soins et organismes de financement, sont directement liés, en ce qui concerne leur rémunération et leur activité, aux associations de caisses d'assurance maladie. C'est le cas de l'Allemagne et de l'Autriche. Cependant, d'autres systèmes de la même catégorie (France, Belgique, Luxembourg), sont très libéraux.

⁹ Les enquêtes montrent que les consommateurs sont contre tout gaspillage, cependant majoritairement. En même temps, ils refusent l'augmentation de prélèvements et la limitation des soins (Launois et Benamouzig, 2002).

Ainsi, en France, la rémunération du médecin est réglée dans le cadre du contrat médecin-malade. L'assurance maladie intervient *a posteriori* et dans la limite du montant stipulé *a priori*, dans le financement des prestations. En 1977, l'Allemagne était le premier pays à instaurer une politique globale de maîtrise des dépenses de santé. Une instance spécifique était créée réunissant l'ensemble des acteurs concernés par la santé. L'objectif fondamental consistait à garantir l'équilibre comptable de l'assurance maladie afin de préserver la stabilité des taux de cotisation et donc de garantir le niveau de charges aux entreprises. Durant la décennie 80, les mesures prises se sont focalisées sur le gel des rémunérations médicales et des prix pharmaceutiques ou sur l'augmentation de la participation de malades en matière d'achat de biens médicaux.

Ces mesures sporadiques ont donné lieu en 1989 à une première grande réforme du système de santé. Cette réforme instituait une participation des ménages à plusieurs catégories de dépenses. Le ticket modérateur acquiert un rôle d'instrument de régulation de dépenses. Son montant est important en matière de soins auxiliaires médicaux, de cures, de prothèse dentaires, d'optique et de transports. Le forfait journalier à l'hôpital a également augmenté. Cette réforme est essentiellement gestionnaire. Elle ne tient pas compte des écarts entre le montant des cotisations des assurés, de la démographie médicale, de la coordination entre médecine de ville et hospitalisation, du double financement des hôpitaux par la sécurité social et les Länder

En 1992, d'autres mesures sont proposées. Ainsi, la budgétisation des honoraires médicaux, la fixation d'un budget médicament pour les médecins et les hôpitaux, la baisse du prix du médicament et le relèvement du ticket modérateur. De même, trois réformes structurelles sont mises en place pour le financement des hôpitaux : l'instauration de forfaits par pathologie pour le financement des hôpitaux ; la mise en place d'une coordination entre médecine ambulatoire et hospitalière, ainsi que la rationalisation à l'intérieur des différentes spécialités ; l'instauration d'une concurrence entre caisses assortie d'un mécanisme de compensation. Ces mesures ne sont pas uniquement guidées comme les précédentes par la recherche d'un équilibre comptable des caisses d'assurance maladie. Elles visent une stabilité du système à long terme en agissant sur les facteurs structurels de blocage.

5.2. Espagne et Royaume-Uni

Les services nationaux de santé sont fondés sur le principe d'accès universel aux soins, assuré par le service public et financé par le budget de l'État. Il s'agit de systèmes créés au milieu du XX^e siècle sur la base de traditions sociales-démocrates dans le cadre de la volonté d'une cohésion sociale marquée. Le modèle mis en place au Royaume-Uni s'impose ensuite en Irlande, dans les pays du nord de l'Europe (Finlande, Suède, Danemark) et dans les pays du sud à la fin de la décennie 70 et 80 (Espagne, Italie, Grèce, Portugal). Le choix de créer un système national de santé répondait en Espagne à la nécessité de mettre en place un programme de développement des structures sanitaires et de la protection universelle de la population. Il s'agit d'un programme ambitieux et généreux dont les réformes essayent toujours de préserver l'accès égalitaire aux soins.

La réforme du système de santé anglais de 1991 a combiné deux éléments: la mise en place d'un marché interne avec le maintien d'un financement largement appuyé sur l'impôt. Cela devait permettre de pérenniser les aspects positifs du système : équité

et accessibilité universelle, en même temps la réforme devait introduire les notions de contrôle de la dépense, de programmation et de prévision.

D'un côté, la dépense totale demeure prédéterminée et contrôlée. Les districts ou organismes de financement ont la responsabilité de la promotion de la santé de leur population. Ils doivent identifier les besoins locaux en matière de santé, déterminer les priorités, les hiérarchiser, développer la prévention et la promotion de la santé. D'un autre côté, ils financent l'achat de services de santé avec une enveloppe calculée par une formule qui tient compte de la population, leur âge, les facteurs de morbidité, le niveau de pauvreté... Le district signe des contrats avec les hôpitaux et autres fournisseurs de services de santé qui peuvent appartenir à son secteur ou à d'autres régions.

Il revient aussi au district de vérifier que les hôpitaux atteignent les objectifs prévus dans les contrats : listes d'attente, augmentation de l'activité de jour ou autres. Les médecins généralistes volontaires sont également devenus détenteurs de budgets et sont également acheteurs. Il y a eu un transfert des ressources de l'hôpital vers les soins primaires. L'hôpital ou centres de soins communautaires en tant que fournisseurs peuvent choisir de devenir autonomes (NHS Trusts) et de mener une politique en matière de personnel et de choix d'investissements. Dans ce domaine le capital n'est pas un bien gratuit, ils sont obligés de rémunérer à un taux fixé.

Outre la maîtrise des dépenses, les réformes des systèmes de santé ont l'objectif d'une meilleure adéquation entre l'offre et les besoins et la décentralisation de la gestion. Au Royaume-Uni, le contrat passé entre l'autorité de district et l'hôpital autonome permet de ne pas payer.

5.3. Deux systèmes, deux réformes, un seul objectif

Ces deux cas montrent que les réformes des systèmes de santé en Europe ont un point commun essentiel : maîtriser les dépenses publiques de santé. Cependant, cet objectif ne peut se faire en éludant un certain nombre de questions qui concernent l'adéquation des mesures envisagées et leurs conséquences sur la santé de la population.

Cependant, les réformes n'ont pas pris en considération les déterminants de la santé. Or on sait très bien aujourd'hui le poids des facteurs sociaux, culturels et psychologiques dans l'état de santé des populations. Les écarts considérables d'espérance de vie, entre les différentes catégories sociales, démontrent de façon éloquente l'importance de ces déterminants. Face à la maladie et à la mort, des facteurs comme le stress, l'estime de soi, sont fondamentaux, comme le sont aussi certains facteurs de risque liés à ces déterminants tels que l'abus d'alcool, le tabagisme, les déséquilibres nutritionnels, la sédentarité...

Sur tous ces facteurs écologiques, les réformes font l'impasse. On peut se demander les raisons d'une telle absence. D'abord, il faut penser au souci du court terme. Cependant, les méthodes pour maîtriser les coûts devront être de plus en plus sévères si rien n'est fait en amont. Ensuite, d'autres raisons peuvent également expliquer l'absence de prise en compte des déterminants sociaux. En effet, les possibilités d'obtenir des résultats sont très limitées, d'où le scepticisme face aux politiques volontaristes. Enfin, ils existent cependant des exemples des politiques de prévention cohérentes et à long terme qui ont donné de bons résultats¹⁰.

¹⁰ En Finlande, une campagne de prévention a fait diminuer de 60% les maladies cardio-vasculaires chez les hommes adultes. Cité par Danzon (1997).

Les conséquences des réformes sur la santé sont inconnues. Cependant, les inégalités de santé, les nouveaux risques sanitaires, le développement de nouvelles maladies ou la résurgence de certaines maladies infectieuses, posent la question de considérer que la plupart des réformes ne privilégient pas la prévention, mais souvent elle est pénalisée par manque d'investissements.

Ainsi les réformes peuvent-elles accroître les inégalités à tous les niveaux de la santé. Les populations les plus fragiles accumulent les dangers professionnels, sociaux et culturels. Les populations vont continuer et même verront accroître la distance avec les catégories les plus aisées de la population. Voilà pourquoi il est nécessaire que les expériences de prévention développées en Europe soient évaluées et que leur méthodologie et leurs résultats soient diffusés. Ce point de vue devrait être une nouvelle perspective dans une réforme en profondeur des systèmes de santé européens.

6. FONCTIONNEMENT DES HÔPITAUX EN ESPAGNE, ALLEMAGNE ET ROYAUME-UNI

6.1. Provision des prestations hospitalières

L'Espagne et le Royaume-Uni ont un système national de santé, ainsi toute la population résidente bénéficie-t-elle de la couverture pour les soins de santé. En Allemagne, le système de santé repose sur un principe d'assurance sociale qui couvre 88% de la population, le reste étant couvert par des assurances privées et des petits régimes publics. Ces différences institutionnelles conduisent à une variabilité dans la provision des prestations hospitalières et également dans la possibilité de la mise en place des réformes.

6.2. Prestations couvertes et niveau de couverture

Globalement les soins hospitaliers sont pris en charge dans les trois pays étudiés et l'exclusion explicite du panier des prestations couvertes reste limitée à quelques actes. La participation des usagers aux frais est parfois demandée mais, dans ce cas, il existe un plafonnement de la dépense des usagers ou des mesures d'exemption pour les traitements coûteux ou pour certaines populations, par exemple les enfants.

Dans les systèmes nationaux de santé, il n'y a pas de définition explicite des soins hospitaliers couverts, mais depuis peu, il existe des listes de soins non couverts. Cependant, ces soins non couverts sont très peu nombreux. Dans ces systèmes, les mesures de copaiement sont nulles ou quasi nulles.

Au Royaume-Uni, une partie des décisions de délivrer ou non des soins pris en charge par le NHS (National Health Service), est déléguée depuis 2002 aux groupes de soins primaires (PCT). L'utilisateur participe, d'une façon très faible, aux frais d'hospitalisation en soins aigus ou psychiatriques. En revanche, le copaiement existe pour les soins de longue durée.

Dans les systèmes d'assurance sociale, la définition du panier de soins couverts relève de plusieurs acteurs : Etat, Caisses d'assurances, négociations avec les prestataires... De ce fait, en Allemagne, le Code de la sécurité sociale (Sozialgesetzbuch) définit précisément les services de prévention et de diagnostic couverts (maladies à dépister et fréquence des examens). Les autres services relèvent du Comité fédéral associant médecins et caisses, qui a une grande latitude pour définir les

soins pris en charge. L'étendue des services couverts est large. Avant 1997, il n'était pas possible d'exclure explicitement des actes du remboursement. Cette date marque le début de la réévaluation de toutes les technologies et du premier acte exclu quatre ans plus tard.

En Espagne, la couverture des soins hospitaliers est assez large, seul depuis 1995, une liste négative a été définie excluant la chirurgie esthétique, si elle n'est pas justifiée par un accident, une maladie ou une malformation, et les opérations de changement de sexe. Les Communautés autonomes (CC.AA) disposent d'une certaine autonomie dans la définition des prestations couvertes et les soins couverts sont différents d'une région à l'autre¹¹.

L'accès aux soins hospitaliers s'accompagne en Allemagne et en Espagne d'un adressage qui peut venir d'un généraliste comme d'un spécialiste. Ceci peut être une contrainte pour les patients. En Espagne, le patient ne peut pas choisir l'établissement où il veut être soigné¹². En revanche en Allemagne, la liberté dans le choix de l'établissement a toujours existé et elle est récemment acquise au Royaume-Uni où les patients devaient auparavant se rendre à l'hôpital de leur secteur pour que les soins soient pris en charge.

6.3. L'offre des soins hospitaliers

L'indicateur le plus couramment utilisé pour l'analyse de l'offre des soins d'un pays est le nombre de lits. Selon l'OCDE, l'Espagne présente une densité de lits pour les hôpitaux de soins aigus de 3,2 lits pour 1 000 habitants. L'Allemagne présente une plus forte densité (6,4) et le Royaume-Uni une densité plus faible (2,4), cela s'explique parce que la densité de lits est systématiquement plus élevée dans les systèmes d'assurances sociales que dans les systèmes nationaux de santé. Cependant, dans tous les pays, la tendance des vingt dernières années a été à la baisse de la densité de lits.

Le taux d'équipement en appareils de haute technologie peut également renseigner sur le niveau technologique des prestations offertes. D'après la même source, l'Allemagne affiche un niveau d'équipement bien supérieur en scanner et IRM (17,1 et 6,2/million d'habitants, respectivement) face à l'Espagne (11,6 et 4,6). La France (9,7 et 2,5) et le Royaume-Uni (6,1 et 4,5) ont pour ces appareils des taux d'équipement plus faibles. En ce qui concerne les lithotripteurs, Espagne et Allemagne sont situés en tête (1,8 et 1,7/million d'habitants), tandis que la France a un taux particulièrement faible (0,8).

Tableau 2 Médecins (p/100 000 hab), 2000

Italie	599,4
Espagne	453,9
Grèce	450,3
Belgique	410,5
Allemagne	358,6
Danemark	342,5

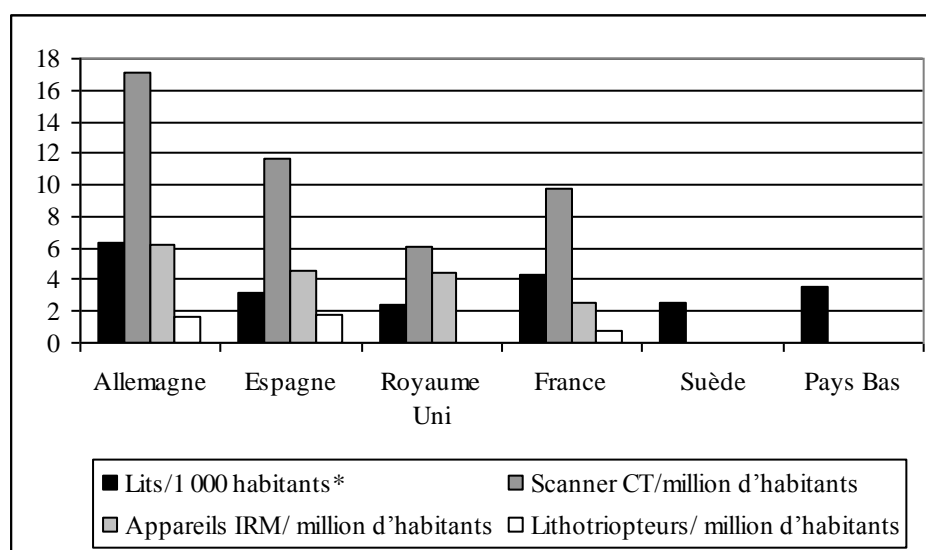
¹¹ Le changement de sexe est couvert en Andalousie et les soins de long terme en Catalogne.

¹² Dans le système où interviennent les assureurs privés, le droit d'accès aux établissements des assurés publics et privés est le même, à ceci près que la participation des usagers aux frais peut être différente et que certains traitements (et les établissements qui les délivrent) ne sont pris en charge que par les assurances privées supplémentaires.

France	329,0
Portugal	325,1
Pays-Bas	320,0
Luxembourg	315,1
Autriche	312,6
Finlande	307,6
Suède	297,9
Irlande	223,4
Royaume-Uni	179,5

Source : INE (2004).

Graphique 2 Densité (p/1 000 hab) de lits et d'appareils (p/ 1 000 000 hab), 1980-1995



*Hors lits psychiatrie et maisons médicalisées.

Source : Mousquès et Paris (2002), p 41.

Les hôpitaux publics au Royaume-Uni sont organisés selon trois niveaux hiérarchiques (hôpitaux régionaux, de district et communautaires), et l'accès à chaque niveau est conditionné par un adressage du niveau inférieur (généralistes, spécialistes des hôpitaux de district). Les quelque 230 hôpitaux privés assurent la chirurgie programmée et les soins à long terme.

En Espagne, la médecine spécialisée est hospitalière et ambulatoire. Les hôpitaux publics sont organisés selon deux niveaux hiérarchiques, avec les hôpitaux provinciaux (infra-régionaux) et les hôpitaux généraux, auxquels s'ajoutent, autour de l'hôpital général, un vaste réseau de centres de consultations de spécialistes (*consultorios de especialidades*). Ces centres sont responsables de la production des soins spécialisés ambulatoires : consultations externes, mais également de la petite chirurgie et des procédures de diagnostic (endoscopie...). Leur financement est intégré au budget global de l'hôpital et ils utilisent son plateau technique (l'Espagne comptait 800 établissements pour 166 300 lits, en 1997).

Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.

L'Allemagne compte environ 2 300 hôpitaux, dont plus de 2 000 sont généraux et le reste psychiatriques. La densité de lits hospitaliers est très élevée, 150% au-dessus de la moyenne de l'Union européenne, et varie selon les Länder. À côté des hôpitaux, il existe environ 1 500 institutions, soit près de 200 000 lits pour les soins de rééducation.

7. ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS ET MANAGEMENT

Le partage de responsabilités politiques entre différents niveaux de décision est une histoire ancienne en Allemagne ou en Suède. Au Royaume-Uni, la déconcentration vers les autorités de district a été accompagné par la délégation de certaines responsabilités dans la fonction d'achat de soins aux groupes de soins primaires. De telles délégations ont également eu lieu en Espagne.

En général, les mouvements de décentralisation du financement et de l'organisation des soins sont motivés par l'idée que l'exercice de responsabilités à un niveau plus proche des populations permet une meilleure réponse aux besoins sanitaires. En Espagne, s'ajoutent des aspirations à l'autonomie de régions traditionnellement nationalistes comme la Catalogne ou le Pays-Basque. Les bénéfices attendus de la délégation de la fonction d'achat et de la mise en concurrence sont des gains d'efficacité et d'efficience.

En Allemagne, les 16 Länder disposent d'un véritable pouvoir de réglementation, de prélèvements de taxes et jouent un rôle dans la planification des équipements. La santé n'est pas un domaine exclusif de la législation fédérale et certains domaines spécifiques relèvent de la législation partagée avec les Länder. La régulation relative à l'équité, aux services couverts, à la fourniture des soins et au financement relève du niveau fédéral.

Les Länder ont un Ministère chargé de la santé, avec des directions chargées des hôpitaux publics et de la planification hospitalière. Les gouvernements des Länder sont responsables de la maintenance de l'infrastructure, des investissements, du nombre de spécialistes nécessaires et des lits pour chaque spécialité. Les investissements sont réalisés indépendamment du statut de l'hôpital en fonction des priorités du gouvernement du Land et le développement des capacités et des investissements sont très différents selon les Länder.

Les responsabilités des Länder sont claires en ce qui concerne les investissements majeurs (construction de bâtiments et technologies), cependant elles sont plus ambiguës en matière d'entretien et de réparation des bâtiments. Les Länder ont d'ailleurs refusé un paiement forfaitaire institué pour financer ces travaux. Il a été supprimé.

En Allemagne, les dépenses d'investissement sont donc financées par les Länder et les dépenses de fonctionnement (personnel...) par les caisses et, marginalement par les patients privés. Ce principe de financement dual s'est traduit par un système de planification dual : le nombre d'hôpitaux et des lits étant planifié par les Länder, les effectifs de personnel et l'activité étant négociés entre hôpitaux et caisses.

En Espagne, le passage à un système national de santé en 1986 est concomitant d'un vaste processus de restructuration territoriale de l'Etat espagnol au profit des

régions, les 17 CC.AA (Communautés autonomes), qui a débuté en 1978. Ce processus se traduit dans le champ de la santé par une décentralisation de la gestion du système, voire de la collecte des ressources. La décentralisation s'est déroulée en plusieurs étapes et ses conditions (surtout financières) ont été négociées de façon pragmatique, groupe par groupe, entre les CC.AA et le gouvernement central.

Dans un premier temps, les compétences de gestion du système de santé (management et achat de fournitures) ont été décentralisées vers les CC.AA. Entre 1978 et 1986, la gestion d'une partie des secteurs sanitaire et social (santé mentale, santé publique...) est confiée aux CC.AA. A partir de 1981, la gestion du réseau de soins du système national de santé (INSALUD) est confiée à sept CC.AA pionnières : la Catalogne, l'Andalousie, le Pays-Basque, Valence, Navarre, Galice et les Iles Canaries. Depuis 2002, la décentralisation de la gestion du système de santé est complète et concerne toutes les régions. Jusque-là, subsistait donc deux systèmes de gestion : les CC.AA auto-administrées et les autres qui relevaient de l'INSALUD.

Dans un deuxième temps, les compétences de collecte des ressources sont progressivement confiées aux CC.AA. Depuis 2001, les CC.AA sont responsables de la collecte de 33% des impôts sur le revenu (IRPF), de 35% de la TVA (IVA) et de 40% des taxes spéciales. Cinq CC.AA collectent d'ores et déjà 50% des taxes et deux la totalité (Catalogne et Pays-Basque).

Le mouvement de décentralisation et la façon dont il a été conduit sont à l'origine de difficultés quant à l'allocation des ressources et à la coordination globale du système de santé. L'Etat garde toute autorité quant à la coordination générale du système, la politique du médicament, la législation sanitaire (statut des personnels, normes et règlements) et les relations internationales. Les modalités pratiques de la coopération entre Etat et CC.AA, ainsi que la définition des conditions de la politique régionale de santé et la protection de l'équité (définition des soins couverts) sont assurées au sein d'un conseil inter-territorial. Chaque chef du département de santé de CC.AA siège au sein de ce conseil, où les décisions sont prises par voie de consensus. Il est particulièrement difficile de faire émerger ce consensus tant les intérêts des CC.AA divergent¹³.

Au Royaume-Uni, il n'y a pas à proprement parler politique de décentralisation politique dans le NHS, mais une déconcentration de la gestion du système au profit des autorités locales de santé.

7.1. Délégation des responsabilités économiques et concurrence

Les mécanismes de décentralisation économique mis en place dans la première moitié des années quatre-vingt-dix, ont tous en commun d'avoir fait émerger une fonction d'acheteur de soins et de nouveaux mécanismes de contractualisation. Dans les systèmes nationaux, ceci revenait à rompre avec le modèle où les administrations sanitaires étaient directement en charge des structures de soins publiques et à séparer les

¹³ Par exemple, la Catalogne compte sur une population très nombreuse et une grande densité démographique ; Castilla-La Mancha a, par contre, une grande extension et une très basse densité démographique. Cette divergence demande pour chaque cas des réponses radicalement différentes en ce qui concerne la prestation de soins.

rôles entre acheteurs et producteurs mis en concurrence. C'est dans le NHS britannique que cette évolution a été poussée les plus loin. En revanche, dans les systèmes d'assurances sociales, comme c'est le cas de l'Allemagne, où la logique de contrat est inhérente au système, cela consiste avant tout en une amélioration de la sélectivité des contrats.

La régulation au sein de NHS britannique dans les années 80 est centralisée et hiérarchique (*command and control*). A la fin de la décennie, le NHS est confronté à une multitude de problèmes d'équité, d'efficacité et de contrainte financière. Une enquête débouche sur la publication du livre blanc dont le contenu montre les effets pervers d'un système intégré et hiérarchique. Ses conclusions seront la base des réformes du début des années 90 articulées autour de trois éléments :

1. La mise en place de groupes de généralistes habilités à gérer des budgets afin d'acheter des soins pour leurs patients.
2. La séparation entre acheteurs de soins et prestataires de soins secondaires et tertiaires (hôpitaux, centres de soins communautaires...).
3. La modification du statut des hôpitaux qui deviennent des fondations (trusts), ce qui leur confère une véritable autonomie de gestion.

Les acheteurs reçoivent les fonds du gouvernement, mais les prestataires deviennent quasi indépendants, en ce sens qu'ils gèrent leur propre budget et qu'ils l'acquièrent par le biais de contrats avec les acheteurs. Il y a donc une concurrence entre les prestataires de soins secondaires. L'objectif est clairement d'améliorer l'efficacité et la productivité au sein de NHS en introduisant une responsabilité économique dans la pratique quotidienne des acheteurs (acheteurs et prestataires de soins).

La fonction d'achat est dans un premier temps assignée aux acheteurs de soins et aux généralistes gestionnaires du budget. Ils se voient allouer deux budgets différents l'un en rapport avec la population couverte et ses besoins ; l'autre proportionnel à la taille de la liste de patients et leurs caractéristiques. Les deux serviront à acheter des soins secondaires¹⁴. Cependant, les deux budgets sont dépendants celui alloué au généraliste est déduit du groupe d'acheteurs de soins.

Les prestataires de soins secondaires (hôpitaux...) deviennent vraiment indépendants et autonomes dans la limite de règles émises par le NHS. Dans un premier temps et afin d'éviter les abus de position dominante, ils ne sont pas autorisés à conserver leurs bénéfices.

La relation entre acheteurs et prestataires s'établit sur la base d'un contrat. Le rôle des acheteurs est concentré sur la planification des services, l'évaluation des besoins et l'établissement des priorités. Ils sont sensés traduire dans les contrats leurs objectifs pour les soins individuels, incluant les standards de qualité.

La mise en place de la réforme de 1991 a permis de maîtriser les coûts de prescriptions pharmaceutiques, mais n'a pas eu d'effet sur les coûts hospitaliers. En outre, elle a permis d'améliorer la qualité de l'échange entre les médecins et les hôpitaux, de diminuer les listes d'attente des patients et la prise en charge de certaines maladies comme le cancer.

¹⁴ Le plus souvent il s'agit de cas de chirurgie programmée (environ 30% des adressages), mais la gamme des services achetés comprend aussi les accidents graves et les urgences.

Le marché interne a échoué, dans le sens où la mise en concurrence n'a pas vraiment eu lieu (hormis pour la chirurgie programmée dans les zones urbaines) et les coûts de transaction ont augmenté. En revanche, elle a permis la prise de conscience du coût des services, elle a aussi favorisé une culture du partenariat et des contrats, même si ceux-ci ont rencontré des problèmes tels le manque d'information dans certains cas ou les difficultés de suivi. C'est pourquoi au milieu des années 90, on focalise plus sur le rôle de planificateur que sur celui de l'acheteur. A cette fin, on met en place des contrats de long terme.

Selon les observateurs, l'échec de la mise en concurrence tient aux défaillances du système d'information, à l'absence d'expertise et au manque d'incitation dans les modes d'allocation des budgets aux hôpitaux. En effet, ni les acheteurs, ni les hôpitaux avaient le droit de conserver leurs bénéfices éventuels. La réforme de 1997 met en œuvre une troisième voie fondée cette fois-ci sur le partenariat et la performance.

Il s'agit de maintenir la séparation acheteurs prestataires, basée sur le principe de coopération, reposant sur la mise en place de contrats de long terme (3 ans). Maintenant les groupes acheteurs ou prestataires peuvent conserver leur surplus. On compte sur des outils pour l'amélioration de la performance dont le National Institute for Clinical Excellence (NICE) chargé de l'élaboration des standards de bonnes pratiques. De plus en plus, les dépenses de capital sont le fait des investisseurs privés et les établissements doivent faire appel au secteur privé pour financer leurs investissements et seules les demandes non satisfaites sont recevables auprès du NHS. En 2003, 22% des dépenses de capital ont été prises en charge par le secteur privé.

L'Espagne s'est aussi lancée depuis la décennie 1990 dans un mouvement de décentralisation de la responsabilité économique. Cependant, le degré d'avancement des réformes est hétérogène d'une région à l'autre, surtout entre les CC.AA pionnières (Catalogne, Pays Basque) et celles relevant jusqu'à récemment de l'INSALUD.

Les réformes consistent principalement en la séparation des acheteurs et des prestataires et l'introduction de nouveaux statuts des établissements de soins et de nouvelles formes de management. En théorie, la séparation repose sur l'institution d'agences quasi indépendantes sous régime de droit privé au niveau de la région, voire sur la décentralisation d'une partie de l'achat de soins à des autorités de santé. Il s'agit par exemple, du service de santé catalan, qui contracte indifféremment entre les services fournis par les prestataires publics (Institut de santé catalan) et les établissements privés. L'expérimentation la plus aboutie concerne une des 4 provinces catalanes au sein de laquelle l'ensemble de l'offre de soins est assuré par des compagnies privées par le biais de franchises. La Catalogne n'est pas allée jusqu'à confier au généraliste la gestion des budgets. En pratique, cette séparation n'a jamais été mise en œuvre, et encore moins généralisée, hormis en Catalogne. Ce mouvement, au sein de l'INSALUD, a la logique de planification de l'offre et d'adressage obligatoire des patients pour les soins secondaires.

En Allemagne, depuis la réforme de 1989, hôpitaux et associations de caisses doivent négocier des contrats concernant l'assurance qualité. Les caisses ont obtenu le droit de déconventionner les hôpitaux.

8. ALLOCATION DE RESSOURCES ET PAIEMENT DANS LES HÔPITAUX

L'Allemagne n'a pas un seul budget pour financer les dépenses de la santé, mais 17 budgets financés par l'impôt (un par Land et un fédéral) et autant de budgets que de caisses d'assurance maladie (environ 450), assurances sociales et assurances privées. Tous ces budgets sont déterminés par les parlements sur proposition des gouvernements. Les caisses d'assurance ont l'obligation de couvrir toutes les dépenses de leurs assurés, en ajustant au besoin leurs contributions. Toutefois, l'objectif n'est pas d'augmenter le taux de contribution mais de maintenir des plafonds de dépenses.

Au Royaume-Uni, la dépense totale de santé est déterminée par une négociation entre le département de santé, le Trésor et les autres départements de dépenses publiques (éducation...). Une enveloppe fermée est budgétisée pour les soins secondaires et tertiaires ainsi que pour les besoins pharmaceutiques. Le paiement des services de généralistes n'est pas encadré.

En Espagne, l'ensemble des dépenses de santé était encadré avant 1994, par un budget cible fixé annuellement et, depuis cette date, pour une période de trois ans. Ce budget était réparti entre les régions. Dans les faits, les déficits des CC.AA ou de l'INSALUD ont toujours été couverts. Depuis 2001, c'est la dépense publique totale qui est encadrée et distribuée aux CC.AA, qui peuvent allouer comme elles l'entendent les budgets entre les différents postes de dépenses publiques (santé, éducation...). Pour l'année 2004, le gouvernement central a budgété pour la santé seulement 3 500 millions d'euros (1,6% des dépenses totales), car les gouvernements régionaux sont les responsables de dépenses de santé.

Les modes d'allocation des ressources aux régions et aux établissements ont eu tendance à se perfectionner et se complexifier pour passer de paiements rétrospectifs complets à des allocations prospectives, généralement calculées sur une base historique, puis à des formules d'allocation prenant en compte les besoins de la population. La recherche d'équité et d'efficience sont à l'origine de ce processus. Ainsi, au Royaume-Uni, la méthode d'allocation des ressources au niveau intermédiaire est très aboutie. Au département de la santé, l'allocation vers les acheteurs de soins est ajustée au risque selon des critères multiples en fonction du type de soins. Au titre d'exemple, l'allocation de ressources pour de soins aigus prend en compte le taux de mortalité standardisé des moins de 75 ans, le taux de retraités vivant seuls, la proportion d'enfants dans des ménages monoparentaux, le taux de chômage, le taux de prévalence de maladies de longue durée à âge et sexe donnés des moins de 75 ans. Ensuite, l'allocation vers les généralistes est ajustée au risque selon l'âge, le sexe, le prix des soins de la population de référence.

En Espagne, le mode d'allocation des ressources est une capitation pondérée selon des critères de besoins. Historiquement, l'allocation devait correspondre aux coûts des services transférés au CC.AA. L'implémentation de ce transfert de ressources a été à l'origine d'une perpétuation des inégalités, de conflits entre le gouvernement central et les autorités régionales et les déficits étaient récurrents. Depuis 2001, les modalités de financement des régions ont été modifiées en fonction du nombre d'habitants, du nombre d'habitants de plus de 65 ans, du degré d'isolement géographique. En outre, pour compenser les flux inter-régions dus aux soins dispensés aux personnes

dépendantes et aux immigrants, des fonds spécifiques sont également intégrés dans les modalités de financement.

En ce qui concerne les modes de paiement des hôpitaux, il est vrai que pendant longtemps les établissements hospitaliers ont été financés *à posteriori* à hauteur des coûts engagés pour la production des services. Cependant, la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses a encouragé le développement de modes de paiement prospectifs, sous la forme de budgets globaux ou de paiements par cas.

En Allemagne, alors que les dépenses d'investissement sont financées par les Länder, selon les plans qu'ils établissent, les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par les caisses d'assurance maladie et, plus marginalement, par les patients privés. La nature, le volume et le tarif des activités de chaque hôpital sont négociés entre l'hôpital et un comité de l'ensemble des caisses détenant une part de marché de plus de 5% dans cet hôpital.

Jusqu'en 1985, les établissements étaient rémunérés sur la base d'un prix de journée calculé rétrospectivement pour chaque hôpital. A partir de 1985, on introduit le budget prospectif flexible qui permettait de partager les risques entre caisses et hôpitaux si l'hôpital réalisait une activité inférieure aux prévisions. En 1993, on introduit les budgets fixes sans possibilité de réajustement *a posteriori*, ainsi l'hôpital prend-il en charge leurs déficits ou le produit de leurs bénéfices. Cependant, ayant le devoir d'offrir les services à la population, les hôpitaux doivent obtenir des rallonges budgétaires lorsqu'ils ne sont plus en mesure d'offrir ces services. C'est pourquoi l'année 1996 marque le retour du budget flexible. Bien que les dépenses soient en grande partie rémunérées par un budget global, d'autres types de paiement coexistent pour certaines interventions et séjours. En 2003, un nouveau système de paiement est introduit, il est fondé sur les tarifs à la pathologie.

En Espagne, les hôpitaux en dehors du système national de santé (SNS) ont la possibilité de signer des contrats d'agrément avec le SNS dans le but de fournir certaines prestations et notamment pour réduire les listes d'attente. Il y a deux modalités de contrat : d'un côté, les contrats ordinaires conclus dans le cas où la fourniture du SNS est insuffisante, le paiement est journalier ou par service ; et d'un côté, les contrats spéciaux conclus pour remplacer des services habituellement fournis par les établissements publics. Dans ce cas, l'hôpital s'intègre comme un élément externe du réseau SNS et est financé selon les mêmes modalités.

Depuis 1993, une nouvelle modalité de paiement se développe au sein du SNS avec les contrats programme. Il s'agit d'accords financiers d'activité dont l'objectif est de pondérer le paiement à l'activité de manière différente selon les unités de soins. La limite principale de ces contrats tient dans le fait qu'il n'y a pas de véritable contrat puisqu'il n'y a pas de séparation véritable entre acheteur et prestataire, mais des relations hiérarchiques.

Au Royaume-Uni, les contrats conclus entre les acheteurs et les hôpitaux reposent sur trois types de paiement : d'abord, les contrats forfaitaires déterminent une enveloppe globale pour la population résidente et pour un ensemble de services. Ils représentent 65% des contrats conclus. Ensuite, les accords prix-volume reposent sur des négociations de prix unitaires et de volumes à produire, exprimés en nombre d'actes ou de cas traités. Ce type d'accord représente 25% des contrats. Enfin, le paiement à la pathologie reste minoritaire et est utilisé comme mode de paiement résiduel dans les autres types de contrat.

À la fin des années 90 un système d'information du NHS est apparu pour évaluer la complexité de l'activité des établissements et donner des coûts de références. Toutefois, la collecte des informations a ses faiblesses du fait que les hôpitaux n'ont pas développé la comptabilité analytique.

9. STATUT DES ÉTABLISSEMENTS ET DES PERSONNELS

Les changements radicaux des établissements sont rarement observés dans les réformes des systèmes de santé à l'exception du Royaume-Uni. Par ailleurs, le secteur privé lucratif est minoritaire dans la fourniture de soins aigus. Du côté du personnel, la modification des conditions de travail et de rémunération ont plutôt affecté les médecins que les autres catégories de personnel.

En Espagne, la grande majorité de la production des soins hospitaliers est le fait d'hôpitaux publics au sein desquels le personnel est salarié par le SNS, en fonction de l'avancement du processus de décentralisation. Les lits sont essentiellement publics (69%), mais aussi privés sans but lucratif (16%), mutualistes (1%) et privés à but lucratif (14%). Mais par le biais de contractualisation entre SNS et les établissements privés, environ 80% des lits sont pris en charge par un financement public.

En 1998, un nouveau statut a vu le jour pour les hôpitaux espagnols. Il s'agit de fondations, fondations publiques, consortiums, trusts, entreprises publiques... Le processus est pragmatique en ce sens que le passage à ces nouveaux statuts est automatique pour les nouveaux établissements et conditionné à l'accord du personnel pour les établissements existants. L'objectif est d'accroître la capacité d'autogestion des établissements, notamment dans la gestion du personnel. Les principales expériences se sont effectuées en Catalogne, au Pays basque et dans la région de Valence. En 1999, on recensait 46 centres de santé sous ce nouveau type de statut et 2 hôpitaux nouveaux.

Au Royaume-Uni, avec les réformes de 1991, les hôpitaux deviennent des trusts indépendants. Il s'agit d'organisations non lucratives, autonomes et responsables de la délivrance des soins. Les trusts passent des contrats avec les acheteurs pour la production de soins et ont certaines marges de manœuvre quant à la rémunération du personnel. Pour autant ils restent propriété du secteur public, doivent se conformer aux directives des autorités du NHS concernant les prix et les investissements. On recense environ 230 établissements privés médicaux et hospitaliers ; 65% des lits relèvent de compagnies privées et 34% de groupes de charité et religieux. La principale tendance est le développement de réseaux de soins.

En Allemagne, sur 2 030 hôpitaux, 790 sont publics, 820 privés non lucratifs et 420 privés lucratifs. En termes de lits, 55% de l'offre est publique, 38% privée non lucrative et 7% privée lucrative. Les lits de soins sont à 90% couverts par l'État et, dans le secteur des soins de rééducation, l'offre est essentiellement privée (85%).

En ce qui concerne les statuts des personnels hospitaliers et leurs conditions de travail, ils sont en général définis au niveau national. Les médecins sont salariés en Allemagne, au Royaume-Uni et en Espagne. En Allemagne, les médecins sont salariés mais ils facturent à l'acte les services rendus aux patients privés. Les honoraires correspondants sont collectés par le chef de service qui les redistribue à un groupe de médecins sur une base volontaire ou facultative, selon les règles de l'hôpital et du Land. Les médecins doivent payer par l'utilisation des équipements pour les patients privés selon des règles établies entre les médecins et les hôpitaux. Un pourcentage des recettes

privées (entre 20 et 40%) sont versées à l'hôpital. Les autres catégories de personnel des hôpitaux sont des salariées.

En Espagne, les médecins et les autres professionnels de santé sont des salariés, qu'ils travaillent dans les soins primaires ou hospitaliers. Tous les spécialistes qui exercent à l'hôpital public sont fonctionnaires. Les salaires de base sont définis par l'État central mais les CC.AA ont la possibilité de faire varier certains éléments de leur rémunération. Il y a d'importantes variations entre les CC.AA, tant par les primes que par les montants des salaires. Certaines expériences de rémunérations complémentaires se sont mises en marche surtout pour inciter les médecins à travailler plus pour réduire les listes d'attente.

Au Royaume-Uni, les médecins et les personnels hospitalier sont des salariés. Les hôpitaux sont autorisés à dispenser des primes et l'exercice privé au sein de l'hôpital est autorisé pour certains médecins. Par ailleurs, l'exercice privé consiste à l'utilisation de lits publics à temps partiel par les spécialistes à titre privé, pour des services non couverts par le NHS et dans la limite de 10% de leur revenu. L'exercice privé est considéré comme un contrat pour sous-payer les spécialistes, néanmoins il favorise l'allongement des listes d'attente. Les infirmières sont aussi sous-payées et manquent de façon chronique dans les établissements.

10. ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ET DE LA DÉPENSE

Tel que nous avons montré, les réformes des systèmes de santé ont pour objectif de maîtriser la dépense. Pour cela les pays ont pris en œuvre des réformes du côté de la demande (panier de soins, copaiement...) et de l'offre (diminution du nombre de lits...). Un fait est indéniable, la dépense en soins par habitant est beaucoup plus faible dans les systèmes nationaux que dans les systèmes d'assurance sociale. La part des dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses de santé est, en général, de 40-45%.

**Tableau 3 PIB PPA et dépenses en santé et en soins hospitaliers
(1999)**

	Allemagne	Royaum e-Uni	Espagne	France	Suède
PIB par habitant (\$ PPA)	23 742	22 093	18 079	22 897	22 636
Dépenses totales en santé par habitant (\$ PPA)	2 361	1 569	1 189	2 115	1 732
Dépenses en soins hospitaliers (% dépenses totales en santé)	34,0	42,2	44,9	44	42,1
Dépense en soins hospitaliers par habitant (\$ PPA)	804	-	503	930	-
Dépense publique en soins hospitaliers par habitant (\$ PPA)	695	367	500	850	682

Source : Mousquès et Paris (2002), p 42.

La tendance pour l'Espagne est de continuer dans un processus de rattrapage avec une évolution de dépenses positive ; également, l'Allemagne qui a dû supporter les frais de la réunification. Le Royaume-Uni a maîtrisé de façon drastique la dépense hospitalière.

La tendance pour les activités hospitalières depuis les années 80 est de transférer les patients de long séjour vers des lits de centres moins techniques et le désengorgement

Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.

du secteur vis-à-vis des malades psychiatriques. Cela a contribué à diminuer la dépense de santé. Ainsi, on peut observer une diminution de lits, une diminution de la durée du séjour dans l'établissement. Cependant, le taux de fréquentation hospitalière a augmenté dans les trois pays étudiés.

En ce qui concerne la baisse de la durée du séjour et l'augmentation du taux d'occupation, il faut signaler que cela est en partie dû à la chirurgie ambulatoire¹⁵, dont son développement est une alternative à l'hospitalisation. A la fin de la décennie 90, le Royaume-Uni connaît un taux de chirurgie ambulatoire très fort (60%), tandis que pour l'Espagne (33%) ou la France (30%), le taux est très faible. Depuis, ce taux a plus que triplé en Espagne¹⁶. En général, le taux de chirurgie ambulatoire qui a tendance à croître accompagné, est conditionné par les innovations dans l'organisation des soins et contribue à limiter les frais d'hébergement et les frais médicaux.

Toutefois, en Allemagne, le partage entre soins ambulatoires et hospitaliers représente un problème. Avant la réforme, les médecins de ville avaient le monopole des premiers et l'hôpital des deuxièmes. Depuis 1993, les hôpitaux ont plus de possibilités dans l'activité ambulatoire dans leur champ, notamment en ce qui concerne les consultations post-opératoires et la chirurgie ambulatoire.

Pour l'Espagne, il existe deux problèmes : l'articulation entre les soins ambulatoires et hospitaliers et l'existence de listes d'attente, qui ne représente pas de problèmes en Allemagne. L'adressage formel pour passer d'un niveau de soins à l'autre duplique les diagnostics et alourdit les relations entre les deux niveaux. Cela explique le recours excessif à l'urgence comme porte d'entrée à l'hôpital (60% des admissions), mais un certain nombre d'admissions non justifiées (autour de 15%).

En 1996, l'INSALUD recensait plus de 50 000 patients sur les listes d'attente de plus de 6 mois et un délai moyen d'attente de 207 jours. A cette date, l'INSALUD décide de payer les médecins hospitaliers pour les heures supplémentaires dédiées à la diminution des listes. Le résultat est immédiat puisque l'on assiste à une baisse de 70% des délais d'attente (60 jours en 1999) et de 99% des listes d'attente de plus de 6 mois. En 2000, le délai maximum pour une opération chirurgicale est fixé à 180 jours, au-delà desquels le patient peut choisir de se faire soigner dans le secteur privé au frais du Système national de santé. En 2001, le délai d'attente moyen est de 62 jours.

Le Royaume-Uni a connu un processus de concentration et de reconfiguration de l'offre hospitalière. Les hôpitaux britanniques ont, depuis l'introduction en 1991 du statut de trust, une moyenne de 400 lits. Cela représente un gain d'efficacité, cependant la littérature de l'économie de la santé considère que la taille optimale se situe entre 200 et 400 lits. Néanmoins, la réduction des capacités hospitalières est tangible au Royaume-Uni avec 4,5 lits par 1 000 habitants alors que la moyenne en Europe est de 7,3. Cela est en rapport avec les listes d'attente des admissions non urgentes (27% de ces patients attendent 6 mois pour une admission).

¹⁵ Intervention non urgente, dispensée à l'hôpital en 12 heures maximum.

¹⁶ CREDES, (2002), p 36.

Annexe

Revenus et dépenses de santé (PPA \$ USA), 2001

	PIB par habitant	Dépense de santé par habitant
Albanie	3189	79,18
Allemagne	24951	2476
Arménie	2215	85,68
Autriche	26072	2014
Azerbaïdjan	2850	45,6
Biélorussie	6876	295,67
Belgique	26250	2181
Bulgarie	5071	214,41
Croatie	7387	357,98
Danemark	28354	2325,03
Espagne	19263	1194
Estonie	8355	543,08
Ex-République yougoslave de Macédoine	4651	260,46
Fédération de Russie	7473	209,24
Finlande	24841	1547
France	23827	2125
Géorgie	2431	104,53
Grèce	16058	1397,05
Hongrie	12213	830,48
Irlande	28276	1508
Islande	27658	2287
Israël	18440	1530,52
Italie	24540	1905
Kazakhstan	4951	103,97
Kirghizistan	2573	54,03
Lettonie	6264	325,73
Lituanie	6656	412,67
Malte	15189	1262,21
Norvège	29508	2612
Ouzbékistan	2251	65,28
Pays-Bas	27463	2224,5
Pologne	9305	535
Portugal	17573	1203
République moldave	2037	59,07
République tchèque	14012	1022,88
Roumanie	6041	146,85
Royaume-Uni	24135	1569
Slovaquie	10591	709,6
Slovénie	15977	1230,23
Suède	24402	1732
Suisse	27407	2794
Tadjikistan	1031	12,49
Turkmenistan	3347	48,57
Turquie	6815	316
Ukraine	3458	107,2

Source : OMS (2002), CE (2003a).

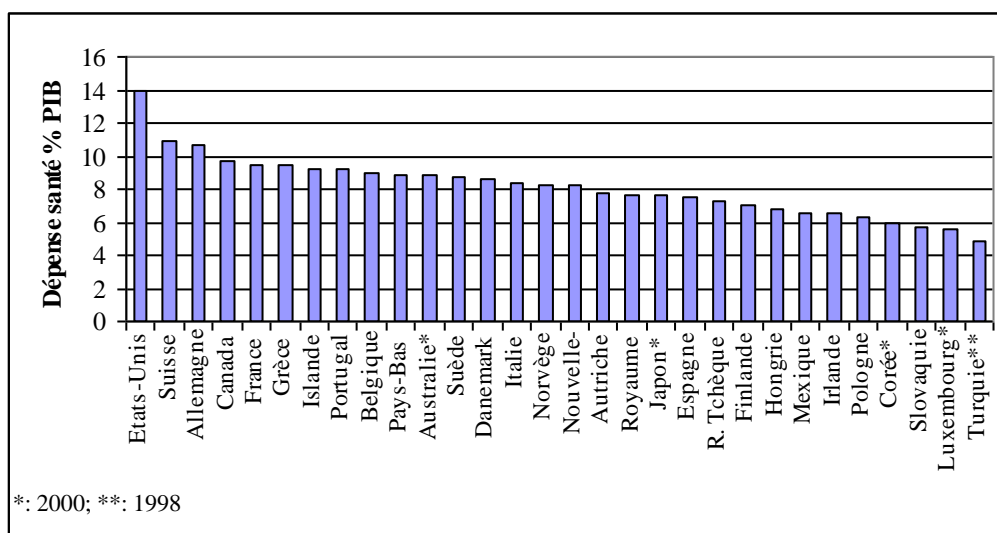
Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.

Statistiques de la régression		
	Constante	Variable X
Coefficients	-209,982329	0,0874045
Erreur-type	55,7064112	0,00333654
Statistique t	-3,76944635	26,1961666
Probabilité	0,00049398	4,6041 ^E -28
Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%	-322,324937	0,08067573
Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%	-97,6397208	0,09413327

Coefficient de détermination R ²	0,94103443
Erreur-type	216,604589
Observations	45

ANALYSE DE VARIANCE	Régression	Résidus
Degré de liberté	1	
Somme des carrés	32196658,1	
Moyenne des carrés	32196658,1	43
F	686,239147	2017454,56
Valeur critique de F	4,6041E-28	46917,548

La dépense nationale de santé dans les pays de l'OCDE. Part de la dépense nationale de santé dans le PIB (%), 2001



Source: CE (2003a), p 35.

Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.

Bibliographie

- Bac, C et Cornilleau, G. (2002) : « Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970 », *Études et Résultats*, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), n° 175, juin.
- Bac, C. et Balsan, D. (2001) : « Modélisation des dépenses d'assurance maladie », *Études et Résultats*, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), n° 19, octobre.
- Beresniak, A., Duru, G. *et al* (2001)⁵ : *Économie de la santé*, Masson, Paris.
- Canaud, M-CI et Velilla Lacalle, B. (2000) : « Resultados de Eco-Salud OCDE 2000 », *Revista Fuentes Estadísticas*, n° 49, décembre.
- Commission européenne, (2000) : *L'économie de l'Union : Bilan de 2000*, Commission européenne, Direction général des affaires économiques et financières, n° 71, Bruxelles.
- Commission européenne, (2003) : « L'état de santé de la population dans l'Union européenne. Réduire les écarts de santé », *Santé et protection des consommateurs*, Commission européenne, Bruxelles.
- Commission européenne, (2003a) : « Economic Forecasts », *European Economy*, n° 5, Commission européenne, Bruxelles.
- CREDES (2003) : « Eco-santé. Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *Données chiffrées. Document de travail*, Centre de documentation en économie de la santé (CREDES), Paris.
- Danzon, M. (1997) : « Investir pour la santé », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 18, mars.
- INE, (2004) : *España en cifras*, INE, Madrid.
- INE, (plusieurs années): *Estadística de indicadores hospitalarios*, INE, Madrid.
- Launois, R. (1992) : « Réforme du système de santé : Serpent de mer ou choix raisonné ? », *Journal d'Économie Médicale*, T. 10 n° 1 : 55-67.
- Launois, R. et Benamouzig, D. (2002) : « Les opinions des français vis-à-vis de la maîtrise des dépenses de santé », *Enquête SOFRES*.
- Menahem, G. (2000) : « Demande de santé ou demande de sécurité : deux modèles pour la santé en économie », *Working Papers*, Centre de Recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), mars
- Mousquès, J. et Paris, V. (2002) : « Le fonctionnement des hôpitaux dans six pays étrangers », *Rapport de la Cour de Comptes*, Centre de Recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES).
- Plusieurs auteurs, (1997) : « Les réformes des systèmes de santé : Spécificités et convergences » *Actualités et dossier en santé publique*, n° 18, mars.
- Majnoni d'Intrignano, B. (2001): *Économie de la santé*, PUF, Paris.
- Lambert, D.-C. (2000) : *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Seuil, Paris.
- OMS, (2002) : *Rapport sur la santé en Europa 2002*, Série européenne, n 97, OMS, Copenhague.
- Vázquez Álvarez, R. (2000): « Indicadores de salud, sistemas de salud y el informe anual de la OMS », *Revista Fuentes Estadísticas*, n° 49, décembre.

Matilde Alonso (2005) : « Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne », *Les mots de la santé* (ed. Danièle Beltran-Vidal et François Maniez), Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp 85-119.